

一例凶险型前置胎盘剖宫产术中大出血的急救护理分析

陆显环

贵州医科大学附属医院 贵州贵阳

【摘要】剖宫产率的增加使凶险型前置胎盘发生率提高，临床上将存在剖宫产史，此次为前置胎盘，胎盘植入 30%~50% 的病例称为凶险型前置胎盘[1]。凶险型前置胎盘产妇终止妊娠最理想的方式是行剖宫产术，但手术过程中可能会受到各种因素的影响而出现出血现象，出血后如果没有妥善处理不但会增加子宫切除的概率，甚至危及产妇生命安全[2-3]。前置胎盘患者在剖宫产术中通常出血较多且止血困难，很多产妇会在短时间内因失血较多而发生休克，因此实施有效的干预措施，有效控制术中出血情况，做好急救护理配合至关重要[4]。我院于 2023 年 2 月 24 日收治 1 例凶险型前置胎盘剖宫产术患者，术中出现大出血情况，通过多名医护人员配合实施急救护理后，患者停止出血，护理取得良好效果。本文就将此例患者急救护理干预报告如下，为临床护理工作的开展提供参考。

【关键词】前置胎盘；剖宫产术；急救护理

【收稿日期】2023 年 8 月 8 日 **【出刊日期】**2023 年 9 月 11 日 **【DOI】**10.12208/j.cn.20230425

Emergency nursing analysis of a case of severe bleeding during cesarean section for a dangerous type of placenta previa

Xianhuan Lu

Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang, Guizhou

【Abstract】The increase in cesarean section rate has led to an increase in the incidence of dangerous placenta previa, and there will be a history of cesarean section in clinical practice. This time, it is placenta previa, and 30% to 50% of cases with placental implantation are called dangerous placenta previa [1]. The most ideal way for pregnant women with dangerous placenta previa to terminate pregnancy is to undergo a cesarean section, but bleeding may occur during the surgery due to various factors. If the bleeding is not properly handled, it will not only increase the probability of hysterectomy, but also endanger the safety of the mother's life [2-3]. Patients with placenta previa usually experience significant bleeding and difficulty in stopping bleeding during cesarean section. Many mothers may experience shock due to excessive bleeding in a short period of time. Therefore, implementing effective intervention measures, effectively controlling intraoperative bleeding, and coordinating emergency care are crucial[4]. On February 24, 2023, our hospital admitted a patient with a dangerous type of placenta previa undergoing cesarean section. During the operation, there was significant bleeding. Through the cooperation of multiple medical staff in implementing emergency care, the patient stopped bleeding and achieved good results. This article reports the emergency nursing intervention of this patient as follows, providing reference for the development of clinical nursing work.

【Keywords】Placenta previa; Caesarean section; Emergency care

1 临床资料

患者，女，36 岁，孕 12 产 6，停经 36⁺₆ 周。孕期常规产检，于 2023 年 2 月 21 日因阴道流血 30min 入院，孕期 B 超提示：前置胎盘。既往曾孕 35⁺ 周因“胎儿

宫内窘迫”行剖宫产 1 次，入院后完善各项检查 B 超提示：凶险性前置胎盘。MRI：妊娠子宫，中央性前置胎盘，深部植入，瘢痕子宫表现，瘢痕处较薄。入院诊断：①G12P6 孕 36⁺₆ 周 LOA；②植入性凶险性前置

胎盘；③中央性前置胎盘；于2023年2月24日12:55在麻醉科、手术室、产科及新生儿科多科配合下行腰麻+全麻下行子宫体部剖宫产术，术中娩出胎儿各项生命体征、Apgar新生儿评分良好。术后及时给予缩宫素、米索卡前列氨卡氨醇、氨丁三醇卡前列素促进子宫收缩，检查可见胎盘自子宫切口向后下包绕宫颈内口，部分剥脱时大量出血，即行人工胎盘剥离，结果胎盘与子宫下段和原有瘢痕紧密相连而不能剥脱，胎盘穿透性植入子宫肌层内，约 $10\times 5\text{cm}^2$ ，5min内出血量为1500ml左右。立即开展急救措施，同时配合急救护理，患者迅速止血，术后康复较好，于术后2d出院。患者分娩至出院血小板计数(PLT)、血红蛋白变化情况：2023.2.21 17:51 血红蛋白48、PLT 8；2023.2.22 09:37 血红蛋白72、PLT 7；2023.2.23 09:37 血红蛋白72、PLT 7；2023.2.24 08:06 血红蛋白92、PLT 15；2023.2.24 14:23 血红蛋白85、PLT 105；2023.2.24 20:09 血红蛋白72、PLT 98；2023.2.25 10:57 血红蛋白79、PLT 64；2023.2.25 12:12 血红蛋白100、PLT 51；2023.2.26 12:12 血红蛋白97、PLT 42。

2 护理目标

(1) 给予患者吸氧、保暖、迅速建立静脉通道，监测患者各项生命体征变化情况。

(2) 迅速评估患者出血量、尿量等，做好输血、配血等各项准备工作。

(3) 注意关注产妇情绪变化，稳定产妇情绪，避免出血加重。

3 护理措施

(1) 术前护理：①患者入院后，医护人员需要根据患者情况进行个性化评估，制定出预防性护理方案，如患者发生大出血需全力配合医生开展抢救工作。②责任护士参与医生术前讨论，查看B超、MRI检查结果，分析胎盘植入深度、植入范围或与周围器官是否存在植入情况，结合患者实际情况，评估患者手术耐受程度，确定手术日期^[5]。因胎盘循环血容量可达600~700 mL/min，术中一旦出现大出血情况将很难在短时间内完成准备工作，可能导致产妇出血量增加，提高胎儿及产妇的死亡风险，因此需在术前做好各项准备工作，同时完善各项辅助检查、生化检查，确保全面掌握产妇情况。同时需协调可能涉及的科室医护人员完善术前准备工作及人员配置，以应对突发风险^[6]。③术前根据患者血型准备充足的血源，术前纠正贫血，尽量将血红蛋白升高至100 g/L或更高，以增强患者术中出血耐受度，准备充足血源，确保院内输血科可在术中根据情况快

速提供需要的全血及成分血，最大限度保证患者生命安全。④术前为患者及家属讲解手术流程，介绍手术相关医生，提高患者手术信心，嘱咐患者家属多陪伴患者，安抚患者情绪，保证积极的手术心态。

(2) 术中护理：①首先由巡回护士与主麻醉师检查患者基本情况，同时调整患者体位，做好心电监护和吸氧等工作，建立2-3外周静脉通道，再建立1条颈内静脉，给予患者鼓励，从精神、语言上为患者传递正能量。实施硬膜外麻醉，然后帮助患者取膀胱截石位，主要目的是方便膀胱镜下插管、术中观察阴道出血情况、抽取阴道内碘仿纱条等。在手术正式开展前需在膀胱镜下置入双侧输尿管支架，按照阴式手术标准消毒铺巾，充分显露腹部、外阴部手术视野。器械护士做好手术物品准备工作，包含多袋手术抽纱、盐水垫、电刀、橡胶导尿管等，手术医生、麻醉医生、儿科医生、护士确认无误后即可开展手术。②人工破膜后尽可能将羊水清理干净，确保手术台干净整洁，以免灼伤患者，新生儿娩出后交予儿科医生，及时给予产妇缩宫素、欣母沛等药物，按摩其子宫，密切关注羊水量并娩出胎盘^[7]。患者出现大出血后需立即调整休克卧位，使胸部与下肢抬高，确保重要脏器血流供应充足，适当调整手术室温度，开启手术病床加温系统，防止患者因大量血液流失出现失温。③立即根据患者情况调高氧流量(6~8 L/min)，给予面罩加压给氧，确保氧气供应。迅速建立两条或两条以上的大静脉通路或深静脉置管，保证药物供给与输血。立即采用橡胶尿管绑扎子宫下段，行两侧子宫动脉向上分支结扎，缝扎后出血量下降，持续锁边缝合子宫切口和子宫浆膜层，如患者出血未缓解，可实施宫腔填塞碘仿纱条。按医嘱使用抗休克、抗过敏、促进子宫收缩的药物，给药期间需注意关注患者病情变化情况。④上述处理后密切关注患者阴道出血情况，如患者子宫收缩不良，阴道出血量少但出现持续性出血情况，可实施长时间子宫按摩同时配合使用宫缩药物治疗，如情况依然没有好转可与患者家属沟通，实施血管介入治疗术栓塞子宫动脉血管，从而降低出血量，保全子宫。但术中大出血发生十分突然，大量失血后患者会很快进入休克状态，患者生命安全随时面临威胁，因此必须加强医生、护士急救配合，争取时间，挽救患者生命。手术室主治医生需根据术前制定护理与治疗方

快速收集各类血液标本送检,并取回术中所需的各成分血液化验结果。抢救过程中需快速、准确执行每项医嘱,同时做好空瓶、空血袋、空安培集中处理与统计工作,实时监测患者意识、心率、血压、呼吸和氧饱和度等指标的变化情况,同时进行记录。观察患者出血量、尿量和尿色等,并精确地记录进出量,及时发现并避免肾功能衰竭。鉴于部分患者可能发生突然出血,术中可能出现止血效果不理想的情况,也可在剖宫产术前先行双侧子宫动脉或者髂内动脉插管,如果术中患者出血情况得不到有效控制即可行子宫动脉或髂内动脉栓塞治疗,可有效降低术中出血量,减少手术风险。当患者各项生命体征稳定后,检查其子宫及附件是否存在异常,医护人员清点医疗器械,准确无误后,可闭合腹腔,逐层缝合切口,完成手术。⑤如果患者术中神志清醒,需要及时与患者沟通,给予患者鼓励,转移患者注意力,增强患者治疗信心。同时准确告知患者家属患者实际情况,安抚家属情绪,取得家属配合^[8]。

(3) 术后护理:①术后在患者子宫内放置止血球囊,时间为24h,注意观察每小时引血量及是否出现活动性出血。检查止血球囊引流管是否通畅,球囊是否滑脱。在放置止血球囊期间不可按照常规按摩手法按摩子宫底,避免因过度挤压出现止血失败。②密切关注患者子宫底高度、阴道流血量,记录尿量、颜色等;检查静脉穿刺部位是否出现渗血、瘀斑、血肿等情况,同时注意患者皮肤颜色变化、疼痛、足背动脉搏动等情况,避免形成血栓。③术后嘱咐患者需绝对卧床休息,使用间歇式加压装置或梯度压力袜预防出血、血肿及血栓。每间隔2h帮助患者翻身,协助患者变更体位,以避免形成压疮。

4 护理评价

经过精心急救护理后,患者顺利止血,宫缩良好,恶露少,情绪状态稳定,住院期间未发生并发症,新生儿状态良好,患者病情稳定后出院休养。

5 总结

受到无痛分娩开展不足、产妇无法承受自然分娩之痛、以为剖宫产安全迅速、对自然分娩存在恐惧、择时生产等原因,使非医学指征剖宫产发生率逐年递增趋势。前置胎盘属于妊娠期常见且严重的并发症,同时也是导致妊娠晚期出血最主要的原因之一,近年来受剖宫产率升高、人工流产增加、高龄产妇增多等因素影响导致前置胎盘发病率明显上升。凶险型前置胎盘病情异常凶险,会导致产妇严重出血,引发失血性休克、弥散性血管内凝血及子宫切除,还可能引发产妇感染、

膀胱、输尿管及肠道损伤,严重情况下甚至会出现肾衰竭、呼吸窘迫综合征、死亡现象,对产妇生命安全造成严重威胁^[9]。

凶险型前置胎盘引发的产后出血量多、速度较快,其出血量平均可达3000~5000 ml,是目前影响剖宫产术后子宫切除乃至产妇死亡的首要因素^[10]。凶险型前置胎盘通常黏附在子宫下段上,其蜕膜发育并不完善,剖宫产术子宫切口四周内膜层生长情况相比于其他地方较差,肌层较薄,纤维组织取代了肌层和瘢痕部位,绒毛在此处着床,而绒毛会穿透子宫肌层,甚至可能穿透至浆膜层,因此合并胎盘植入或粘连的概率相对较高^[11]。胎盘植入或者粘连同样会引发产后出血,从而导致胎盘在术中无法被彻底清除,后期可能引发再次出血。术中发生出血情况止血较为困难,手术难度较大,极易出现术后感染,对患者身体健康来说影响巨大。在患者术中出现大出血时,医护人员需要及时对患者状态进行评估,积极对产妇实施抢救,避免延误抢救时机。术前需制定突发情况应对方案,迅速成立抢救小组并制定治疗和护理措施,确保抢救工作有条不紊顺利进行,同时保证抢救器械、药品供应、血液供应得当,提高抢救成功率,迅速止血,降低手术风险。

综上所述,当凶险型前置胎盘患者出现术中大出血情况后,需立即组织开展抢救措施,迅速止血,稳定患者生命体征,保证患者生命安全。

参考文献

- [1] 万梅. 一例凶险型前置胎盘剖宫产术中大出血的急救护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015(89):231-231.
- [2] 张燕. 凶险型前置胎盘多学科联合剖宫产术1例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(22):93-94.
- [3] 侯宜萍,周昔红,石理红,等. 凶险型前置胎盘植入的影响因素及妊娠结局[J]. 中南大学学报(医学版),2020,45(09):1074-1081.
- [4] 冯健青,王纯君. 1例植入性凶险性前置胎盘患者的术中护理[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(92):808-809.
- [5] 张立梅. 优质护理干预措施对凶险性前置胎盘患者的影响[J]. 中国医药指南,2022,20(21):184-186.
- [6] 张晓燕. 凶险性前置胎盘剖宫产围手术期护理配合分析[J]. 中国卫生标准管理,2019,10(14):120-122.

- [7] 徐美玲,李舰,史亚星,等.凶险型前置胎盘合并胎盘植入术前腹主动脉球囊阻断的多学科护理体会[J].护理实践与研究,2017,14(08):69-71.
- [8] 卓青,陈喜萍,韦怡,等.手术护理团队在协同多学科凶险性前置胎盘剖宫产术急救中的配合[J].中国卫生标准管理,2021,12(20):158-161.
- [9] 袁春梅,敖永琼.抢救配合技术在凶险性前置胎盘剖宫产术中的应用[J].心理医生,2017,23(19):198-199.
- [10] 辛红.中央型前置胎盘产妇剖宫产术中大出血行双侧子宫动脉上行支结扎的护理配合[J].吉林医学,2021,42(08):

2032-2033.

- [11] 庄世红,郭冬梅.51例凶险性前置胎盘的临床结局与护理[J].当代护士(中旬刊),2021,28(03):44-45.

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS